

A propos de deux observations
de grossesse extra-utérine
au voisinage du terme

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Janvier 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph-Henri VACHER

Né le 19 Mars 1906 à TENCE (Haute-Loire)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS
de
GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE au VOISINAGE du TERME



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 129

A propos de deux observations
de grossesse extra-utérine
au voisinage du terme

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Janvier 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph-Henri VACHER

Né le 19 Mars 1906 à TENCE (Haute-Loire)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARIET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	VALLAS
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RIENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ed.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, *président* ; CIBERT, *assesseur* ;
EPARVIER et GUILLEMINET, *agregés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Je dédie ce travail, faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection,

A MES PARENTS

A MON PARRAIN

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON
Professeur de Clinique Obstétricale

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury de thèse. Nous le remercions de l'intérêt bienveillant qu'il nous a témoigné pendant notre stage au cours duquel nous avons pu apprécier sa grande science et sa parfaite amabilité à notre égard.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANSSILLON

Chef de Clinique Obstétricale

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a aidé puissamment de ses conseils. C'est grâce à lui que ce travail a pu être mené à bien, nous l'assurons de notre reconnaissance et le prions d'agréer l'hommage de nos sentiments respectueux.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX DE LYON

A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS
de
GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE au VOISINAGE du TERME

Introduction

Le titre du présent travail indique que nous n'avons pas la prétention d'épuiser un sujet ancien, mais il nous a semblé intéressant de publier deux observations de grossesse extra-utérines évoluées jusqu'au voisinage du terme, que nous avons eu l'occasion de rencontrer dans le service du Professeur Voron.

Notre but sera simplement de rechercher les éléments de diagnostic ; nous resterons donc uniquement sur le terrain clinique et nous délaisserons l'aspect de ce sujet au point de vue thérapeutique chirurgicale. Nous restreindrons notre modeste étude dans un cadre étroit en ne nous occupant que des moyens de diagnostiquer une grossesse extra-utérine au voisinage du terme.

Il est vrai que ces cas de grossesses anormales sont relativement très rares, rareté qui tient à ce que le plus grand nombre de grossesses extra-utérines ont une terminaison précoce, mais il est non moins vrai

que cette anomalie de gestation passe malheureusement encore très longtemps inaperçue.

Bien que la question ait reçu une précision nouvelle du jour où, grâce aux progrès réalisés par la chirurgie, on a pu conduire avec une technique de plus en plus parfaite la laparotomie, néanmoins les erreurs de diagnostic sont encore fréquentes, erreurs excusables par les phénomènes de gestation qui se rapprochent souvent à beaucoup près de ceux des grossesses normales.

Et cependant il est d'un intérêt capital de faire tôt un diagnostic précis, car la gravité d'une telle évolution peut être de beaucoup diminuée par une rapide intervention chirurgicale. Il ne s'agit donc point d'un intérêt spéculatif, l'intervention qui souvent a lieu trop tardivement s'imposant d'urgence.

CHAPITRE PREMIER

Etude, Diagnostic

La grossesse extra-utérine, inconnue autrefois, soupçonnée au XVIII^e siècle, ainsi qu'en témoigne le « Theatrum anatomicum » de Genevois Manget, considérée comme rare il y a peu d'années encore, est aujourd'hui reconnue comme assez fréquente depuis que la multiplicité des interventions abdominales a permis de la constater. Il est tout naturel que dans ces dernières années elle ait suscité un très grand nombre de travaux et de discussions.

Il n'est aucune affection qui puisse revêtir des aspects aussi variés que la grossesse extra-utérine, à tel point que dans certains cas exceptionnels la grossesse ectopique peut évoluer presque silencieusement jusqu'à terme sans déterminer d'accidents notables ni de troubles fonctionnels précis. La femme a cru jusque-là être simplement enceinte quand elle décide de consulter.

Le diagnostic est alors si délicat que Wallich écri-

vait, en 1895, dans la *Revue d'Obstétrique et Pédiatrie* : « Le praticien aura fait son devoir, tout son devoir, quand dans les cas difficiles il l'aura simplement soupçonnée », et que Pichevin disait, au Congrès de Bruxelles, en 1892 : « Si j'ai été assez heureux dans mes diagnostics, c'est que j'ai toujours cherché systématiquement la grossesse extra-utérine ».

Après ces quelques considérations générales nous croyons opportun maintenant de rappeler quels sont les procédés d'examen les plus habituellement mis en œuvre pour établir le diagnostic clinique de cette affection.

La femme enceinte présente tout d'abord le tableau d'une grossesse en évolution, mais d'une grossesse douloureuse.

A l'*interrogatoire* la malade accuse des douleurs plus ou moins vives dans le bas-ventre avec irradiations dans les lombes, douleurs qui reviennent de préférence au moment des époques menstruelles. Parfois ces douleurs sont continues et sourdes, parfois il se fait comme une poussée péritonéale avec ventre ballonné, douloureux même à la moindre pression, ensuite le calme revient.

Il est à remarquer que dans les grossesses qui se prolongent au-delà du cinquième mois, les phénomènes douloureux subissent une sorte de sédation pendant quelques mois et, en général, fait qui n'est évidemment pas constant mais qui a été signalé maintes fois, cette euphorie fait place à des symptômes douloureux lorsque la surdistension du kyste fœtal devient trop forte ou que ce dernier s'infecte.

Si l'on demande des précisions sur le début de la grossesse, on y remarque les signes sympathiques communs : nausées, vomissements, etc..., mais l'attention est attirée sur l'anomalie des menstruations, symptôme de grande valeur.

Au cours de la grossesse extra-utérine les règles peuvent cesser comme elles peuvent avoir lieu ainsi qu'à l'état normal, de même qu'elles peuvent être simulées soit par des pertes ressemblant à du sang cataménial, soit que la femme ait vu apparaître un suintement rose, strié de sang ou parfois rouillé, le liquide présentant des recrudescences accompagnées de contractions douloureuses et de petites syncopes à répétition dont la constatation constitue un bon signe de probabilité.

Les modifications des règles sont considérées comme le symptôme fonctionnel le plus important. Pinard pose en principe la suspension des menstruations quel que soit le siège de la grossesse, et Dechambre écrit : « La femme enceinte n'est pas plus réglée pendant la grossesse ectopique que pendant la grossesse utérine. Il peut se produire des hémorragies utérines, mais ces hémorragies diffèrent toujours des hémorragies cataméniales par le défaut de périodicité aussi bien que par la quantité et la qualité du sang perdu ».

Les avis ne sont cependant point unanimes et, pour d'autres auteurs, l'état de la menstruation varie selon le sujet : le plus souvent les règles sont supprimées, d'autres fois elles persistent ou sont remplacées par un écoulement séro-sanguin peu abondant, mais continu. Enfin Bouilly, Pichevin, Gouilloud et Villard, entre au-

tres, déclarent que la conception peut se produire sans qu'il y ait aucun trouble de la menstruation et que l'âge de la grossesse est souvent inconnu par suite de l'absence de suppression des règles et de tout signe de grossesse, les règles pouvant persister durant les premiers mois de la grossesse ectopique.

A ce sujet Albertin disait, en 1910, à la Société de Chirurgie de Lyon : « Il est fort difficile pour une femme qui s'observe souvent mal de distinguer ce qui est l'écoulement menstruel d'avec un écoulement accidentel. En cas de grossesse ectopique c'est le plus souvent du sang couleur chocolat qui indique qu'on n'a plus affaire à des règles normales ».

L'inspection fournit peu de renseignements. Le ventre est augmenté de volume, augmentation soit sur la ligne médiane soit dans l'hypocondre droit ou gauche, il est quelquefois plus étalé et la malade présente un faciès plus amaigri et un visage moins floride que dans la grossesse normale.

La palpation est fort difficile, car il y a la défense de la paroi abdominale qui en impose pour un utérus contracté. Parfois cependant on a l'impression que le fœtus est sous la peau, impression fausse, car chez la femme maigre la grossesse intra-utérine donne la même impression.

Le signe des deux masses est délicat à trouver, surtout si la femme est grasse : on sent alors deux masses, une énorme un peu latérale et élevée dans laquelle on perçoit le fœtus, l'autre plus petite et médiane. Quand on sent ces deux masses, ce qui est exceptionnel, on peut affirmer la grossesse extra-utérine. D'ha-

bitude le fond de la masse unique correspond à la hauteur de l'utérus à l'âge présumé de la grossesse.

La mensuration se pratique rarement bien que Depaul ait fait ressortir que, dans la grossesse normale, seule la présentation de l'épaule donnait au ventre un élargissement pareil et qu'il était intéressant de le mesurer régulièrement.

Le toucher combiné devrait permettre, dans la majorité des cas, le diagnostic précis des grossesses extra-utérines, mais souvent il n'en est rien, ce point de vue étant souvent plus théorique que pratique.

Nous n'insisterons pas sur le ramollissement du col utérin ; quant à l'utérus il peut ne pas être senti par suite de la contraction des muscles abdominaux et de son ascension au-dessus de la symphyse pubienne (malgré des examens répétés et soigneux, il ne put être perçu dans les deux observations que nous rapportons) ; dans d'autres cas, il peut être pris pour un fibrome. Parfois aussi ce que l'on prend pour l'utérus n'est autre que le kyste fœtal.

Néanmoins il est certain que toutes les fois que l'on peut percevoir le corps utérin petit à côté d'un gros kyste fœtal, cette constatation permettra le diagnostic, malheureusement on n'est pas en droit de compter sur ce signe avec une netteté suffisante.

Il faut savoir aussi qu'une seule exploration ne suffit pas toujours et qu'on doit renouveler cette exploration à huit ou dix jours d'intervalle, en surveillant la malade mise au repos pendant ce temps.

Quant à *la radiographie* après injection intra-utérine de lipiodol, il est évident qu'elle a une valeur

absolue, puisqu'elle démontre la vacuité de la cavité utérine avec l'image du squelette fœtal se dessinant en dehors d'elle mais elle n'est possible qu'après la mort du fœtus. Il est bien évident que ce mode d'exploration, quelle que puisse en être la valeur, ne sera jamais pratiqué avec une fréquence très grande à cause des inconvénients qu'il peut présenter au cours des grossesses utérines.

Pour ce qui est de la radiographie simple, Brindeau a insisté sur la position et l'attitude du fœtus qui se présente habituellement en position transversale et les membres le plus souvent étendus contrastant avec l'aspect plus tassé d'un fœtus intra-utérin même en présentation transversale. Il ne faut cependant point s'illusionner sur sa valeur et des discussions récentes à la Société d'Obstétrique de Paris on peut conclure « qu'il ne faut pas demander aux rayons X plus qu'ils ne peuvent donner et laisser croire qu'à partir du moment où le squelette est visible il suffise d'un cliché pour établir le diagnostic de grossesse ectopique. 2 juin 1930 ».

Bref, sans nier l'utilité de la radiographie, il faut reconnaître qu'elle sert surtout à confirmer un diagnostic soupçonné par l'examen clinique.

L'expulsion de la caduque, coïncidant avec des douleurs assez vives, est un bon symptôme quand il existe, bien que discuté par d'éminents accoucheurs. On lit dans la thèse de Maur : « L'examen macroscopique et histologique de la membrane expulsée n'apprend pas grand'chose. On a insisté sur la différenciation de la muqueuse utérine hypertrophiée dans les cas de dys-

ménorrhée membraneuse. Frérikel prétend qu'on ne peut affirmer par l'examen histologique de la caduque l'existence d'une grossesse ectopique ».

Enfin l'apparition des phénomènes dits de *faux travail*, qui coïncident en général avec l'obitus foetal, peuvent en imposer pour les manifestations normales d'un accouchement de fœtus intra-utérin. Toutefois on est surpris de voir que ces contractions abdominales ne s'accompagnent d'aucune dilatation et que le fœtus reste retenu dans la cavité abdominale. Il est certain que l'apparition de ce faux travail suivie d'une rétention prolongée d'un fœtus mort doit faire penser à la possibilité d'une grossesse ectopique et orienter la thérapeutique.

Le toucher intra-utérin est un procédé utile dans les cas où il y a des difficultés considérables à poser le diagnostic d'une manière précise.

Il n'est pas, en effet, sans intérêt de s'assurer que l'utérus augmenté de volume est vide. On peut s'en assurer par le cathétérisme pratiqué avec toutes les précautions usuelles (en employant, par exemple, une petite bougie de Hégar). L'état de plénitude ou de vacuité de l'organe est par là constaté, ainsi que la hauteur de l'utérus.

Mais le procédé instrumental n'est pas sans danger : constater que l'utérus est vide, c'est bien, mais dans les cas d'un utérus gravide, l'introduction d'un cathéter peut amener des dégâts sérieux. En tous cas, on doit pratiquer cette exploration avec douceur et méthode en se méfiant d'une erreur toujours possible de diagnostic.

Tarnier préfère à cette investigation instrumentale, par trop dangereuse, le toucher digital intra-utérin. Ce procédé n'est pas toujours praticable, souvent dangereux, ainsi que le fait remarquer Pinard. Rarement en dehors du faux travail, les orifices externe et interne du col utérin sont assez entr'ouverts pour livrer passage au doigt sans dilatation préalable. Lorsque le diagnostic présente de grandes difficultés, ce procédé est à retenir, mais seulement dans ces cas, en raison des accidents qu'il peut provoquer.

Cette exploration, à moins de contre-indications formelles, doit être pratiquée sous anesthésie générale ; c'est là une précaution qui rend l'examen beaucoup plus facile. Il est hors de doute que cet examen pratiqué avec la discrimination nécessaire doit être considéré comme très important parce que pathognomonique. Soit dit sans anticiper, les deux observations que nous allons publier paraissent confirmer cette manière de voir.

La grossesse extra-utérine est une affection bien connue en théorie, mais qui affecte en pratique des formes si capricieuses et si irrégulières, sans aucun symptôme pathognomonique, qu'on rencontre encore un grand nombre d'erreurs de diagnostic. Nous croyons donc opportun de publier les deux observations dont nous avons parlé, ce qui nous permettra de discuter à leur propos les éléments qui nous ont paru les plus probants pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine prolongée jusqu'à terme.

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I

(*inédite*)

(Hôpital de la Charité)

Service du Professeur VORON

M^{me} P..., 32 ans, entrée le 17 avril 1930.

Le 17 avril, à l'entrée à l'hôpital :

Il s'agit d'une femme de 32 ans, sans antécédents particuliers : son père est mort à 67 ans de cause ignorée, sa mère à 53 ans cardiaque, un frère à 46 ans des suites de la guerre ; elle a un frère et trois sœurs en bonne santé. Elle fut nourrie au sein maternel, commença à marcher à un âge indéterminé et fut réglée depuis 15 ans d'une façon irrégulière. Elle jouit d'une bonne santé habituelle, n'a pas de varices, a des seins bien conformés mais présente de l'albumine dans les urines et de l'œdème des membres inférieurs. La ges-

tante prétend avoir fait une fausse couche sans incidents en 1918.

Actuellement, grossesse de 8 mois, les dernières règles étant du 18 août 1929. Accouchement probable : 28 mai. A l'examen obstétrical on note un ventre étalé avec des signes d'hydramnios et un utérus médian avec parois résistantes. Le fœtus est en présentation du siège ; les bruits du cœur sont bien nêts et normaux.

26 avril. — Quelques jours après son entrée dans le service, la malade présente de violentes douleurs abdominales avec réaction péritonéale, des signes d'occlusion, une température à 39°9, un état général très mauvais, tous symptômes pour lesquels elle est montrée au Docteur Montel qui, étant donné l'incertitude du diagnostic et la gravité de l'état, préfère l'abstention opératoire.

Du reste le traitement médical, toni-cardiaque, sérum hypertonique, améliore assez rapidement l'état de la malade, suffisamment pour que le 29 avril on tente, sous rachi-anesthésie, une évacuation rapide de l'utérus, l'enfant étant toujours vivant.

Mais on ne parvient qu'à grand'peine à introduire un doigt dans le col de l'utérus ; on n'obtient aucune dilatation de ce col qui paraît complètement rigide et on ne peut même pas placer une bougie de Krause.

Dans la nuit qui suit ces tentatives, la malade expulse un lambeau grand et épais que l'on pense devoir être un lambeau de placenta et cependant ne fait pas les eaux (l'interprétation ultérieure montrera une caduque utérine).

Après nouvelle discussion d'une intervention abdo-

minale, on se décide à attendre le terme, d'autant plus qu'une radiographie fœtale montre un fœtus semblant mal formé avec un certain degré d'hydrocéphalie.

Dans la suite on voit apparaître des signes nets d'hydramnios avec flot, tandis que l'état général de la malade devient beaucoup plus satisfaisant et qu'une nouvelle radiographie montre que l'enfant, qui est toujours vivant, semble moins malformé qu'il n'avait paru au premier examen.

Le 2 juin. — La malade dit ne plus sentir bouger et l'on ne perçoit plus les battements du cœur qui étaient très nets les jours précédents.

Le 19 juin. — Devant l'absence de travail, bien que la malade ait dépassé son terme de près de trois semaines, et, surtout, devant l'apparition d'une température à grandes oscillations avec retentissement sur l'état général, on se décide à intervenir.

Le Professeur Voron fait, sous anesthésie générale à l'éther, une nouvelle dilatation du col et il est très surpris de pénétrer dans un petit utérus manifestement indépendant de la cavité où se trouve contenu le fœtus. L'hypothèse d'une grossesse abdominale est immédiatement envisagée et on décide une laparotomie immédiate.

Intervention du Professeur Villard et du Docteur Montel. — Grande laparotomie médiane. On tombe sur une poche kystique qui contient le fœtus. Cette poche est en adhérence complète mais lâche avec le péritoine pariétal. On incise la poche qui contient, en plus des débris butyreux habituels, un liquide infectieux de coloration louche. On extrait le fœtus ma-

céré ; le placenta inséré à la partie supérieure est laissé en place en raison de l'absence de tout commencement de décollement et en raison des craintes d'augmentation des chances de diffusion septique par les branches vasculaires du décollement. Les parois de la poche paraissent uniquement constituées par des membranes amniotiques doublées d'exsudats péritonéaux. On est surpris à la fin de l'opération de trouver dans la moitié droite de l'abdomen une tumeur allongée remontant jusqu'aux fausses côtes, donnant l'impression de la cavité utérine contractée.

Il est difficile d'interpréter la disposition anatomique qui peut être considérée soit comme l'accouchement intrapéritonéal de l'œuf complet en travers de la paroi utérine rompue ou d'un utérus didelphe dont la partie gravide serait également rompue.

Le 21 juin. — Devant le mauvais état de la malade, la persistance d'une température très élevée, la fétilité extrême de l'écoulement par la mèche de drainage, le Professeur Villard se décide à intervenir pour extraire le placenta. On extrait un placenta infect, avec des poches purulentes sous-jacentes. Large drainage de la cavité péritonéale suppurante.

Décès de la malade dans la soirée, par collapsus rebelle à tous les traitements.

Nécropsie du fœtus le 20 juin :

Le fœtus extra-utérin extrait par laparotomie est macéré, il pèse 3 k. 500. Il présente des déformations dues à la compression : 1° double pied bot varus avec enroulement ; 2° limitation des mouvements du coude gauche dont l'extension complète est impossible ; 3°

inflexion latérale gauche très marquée de la colonne vertébrale réduisant considérablement la capacité de l'hémithorax gauche. Il semble que le fœtus ait subi une incurvation latérale du tronc à convexité gauche. Il n'y a pas de malformations viscérales.

Autopsie de la femme P..., le 22 juin 1930. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on tombe sur une vaste cavité située au-dessous des anses grêles refoulées sous le diaphragme par une cloison d'adhérences péritonéales qu'avait créées le placenta à ce niveau.

La cavité, qui contenait l'œuf entier, remonte donc jusqu'à l'épigastre, plus haut à droite qu'à gauche. On incise davantage la paroi et on explore cette cavité qui n'a été qu'en partie vidée de son contenu (fœtus, puis placenta). On se porte vers l'utérus et on constate que celui-ci est absolument normal, de dimensions légèrement accrues, comme il est de règle dans les cas de grossesse ectopique.

La trompe droite n'est pas trouvée d'emblée, quant à la trompe gauche elle est très volumineuse, de la taille d'une aubergine et semble avoir été distendue plus qu'elle ne l'est actuellement. Elle est dirigée en haut et à droite, tordue sur son axe et il est facile de constater qu'elle occupe une partie de la cavité contenant l'œuf auparavant.

Elle porte à sa partie supérieure et postérieure une perforation de la dimension d'une pièce de cinq francs environ, dont les bords sont irréguliers et déchiquetés. C'est, sans aucun doute, par cet orifice que la masse fœtale a passé de la cavité tubaire dans la cavité péritonéale à une époque où elle était peu volumineuse encore.

Le placenta, primitivement intra-tubaire, aurait donc secondairement contracté son insertion péritonéale.

La trompe contient encore une petite quantité de sang noirâtre et sa muqueuse est turgescente autant qu'on peut en juger, étant donné l'état de putréfaction des organes abdominaux qui sont entourés de pus.

Quant à la trompe droite, refoulée par la masse salpingienne gauche, elle plonge en arrière dans le petit bassin.

On peut donc en conclure qu'il s'est agi d'une grossesse tubaire gauche, rompue, avec passage de l'œuf dans la cavité abdominale et insertion secondaire du placenta sur la paroi supérieure de la cavité constituée par les exsudats péritonéaux refoulant en haut l'intestin et le péritoine pariétal.

OBSERVATION II

Service du Professeur VORON

M^{me} F. A., 36 ans, *entrée le 21 juin 1930.*

Cette malade est envoyée par le Docteur Banssillon pour douleurs abdominales vives, au septième mois d'une grossesse.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ; la parturiente n'a jamais eu de maladies graves.

Antécédents obstétricaux :

En 1918, grossesse qui se termina sans incidents par

un accouchement normal d'une fille âgée actuellement de 12 ans et bien portante. Après son accouchement, elle présenta pendant plusieurs mois des pertes rouges, peu abondantes mais persistantes, qui ont nécessité, paraît-il, un curetage 9 mois après.

En 1923, elle fut opérée à Roanne, pour une *grossesse extra-utérine* de trois mois environ, qui s'était révélée non par un accident aigu péritonéal, mais sous forme probable d'un avortement tubaire.

Avant sa grossesse actuelle, cette jeune femme était en bonne santé, mais elle souffrait fréquemment au moment de ses règles qui, par ailleurs, étaient normales en durée et en quantité.

En novembre 1929 (les dernières règles sont du 16 novembre), la malade devient enceinte pour la troisième fois. Dès les premières semaines, cette grossesse s'accompagna de troubles particuliers: la gestante souffrait, dit-elle, dans le bas-ventre d'une façon à peu près continue, avec parfois des crises plus aiguës. Ces douleurs s'accompagnaient d'un suintement sanglant qui devenait plus abondant au moment des paroxysmes douloureux. En raison de cet état, la malade dut s'aliter et garder le lit presque constamment.

Des médecins, consultés à cette période, parlèrent de « mauvaise position de l'utérus », mais aucun traitement ne fut proposé autre que celui de mettre la malade en position genu pectorale.

La malade ne présentait aucun trouble urinaire: mictions spontanées et non douloureuses, pas de rétention habituelle d'urines si ce n'est vers le quatrième mois quelques petites crises de rétention ayant né-

cessité des cathétérismes. Par contre la constipation était très accentuée et la malade souffrait pour aller à la selle.

Vers le 15 juin environ, il y a donc une dizaine de jours, la malade fut prise d'une violente crise douloureuse s'accompagnant de vomissements, de légère élévation thermique et d'un état manifeste d'infection urinaire : les urines étaient rares et chargées, mais toujours sans qu'il y eut rétention. C'est alors que le médecin traitant envoie sa cliente au Docteur Banssillon, qui la fait admettre aussitôt à la Charité (2^e infirmerie).

A l'entrée à l'hôpital le 21 juin. — On se trouve en présence d'une jeune femme bien constituée, paraissant en assez bon état général. La température est de 38°. Les urines sont troubles, elles contiennent un peu d'albumine ; leur cytologie montre la présence de pus en petite quantité et de quelques bacilles qui prennent facilement le Gram ; à la culture on ne trouve pas de microbes pathogènes et le bacille, vu à l'examen direct, est un bacille pseudo-diphtérique, saprophyte des voies urinaires. En outre :

Pigments biliaires	Néant.
Sels biliaires.....	Réaction très positive.
Acétone	Néant.
Urée par litre	12,75
Azote de l'urée	5,94
Azote ammoniacal	1,17
Coefficient de Maillard	19,69

A l'examen de l'abdomen. — Au palper, on sent l'utérus dans un état de tension permanente dont le

fond irrégulier est plus élevé à gauche de la ligne médiane. L'auscultation est négative et d'ailleurs la malade ne sent plus remuer.

Au toucher. — On bute sur une masse arrondie, qui comble complètement le cul-de-sac postérieur ; le cul-de-sac antérieur, dans le fond duquel on sent le col remonté au-dessus de la symphyse, est, au contraire, allongé et profond. La masse, qui remplit le cul-de-sac postérieur, donne l'impression d'une tête fœtale.

Le 23 juin. — Le Docteur Banssillon essaye sous anesthésie générale de pénétrer dans le col utérin, mais il échoue.

Le 25 juin. — La malade, qui avait eu quelques douleurs abdominales les jours précédents ayant nécessité des injections de morphine, est prise l'après-midi d'une violente crise douloureuse avec vomissements et syndrome de réaction péritonéale. De plus, la température monte progressivement depuis l'entrée.

Le Docteur Banssillon, prévenu, fait une nouvelle exploration sous anesthésie; il peut assez facilement cette fois pénétrer dans le col, qui mesure quatre à cinq centimètres, et dans une cavité utérine de petit volume correspondant à la masse abdominale droite. La volumineuse masse gauche fœtale doit être interprétée de toute évidence comme un kyste fœtal. Il s'agit d'une *grossesse extra-utérine*.

On décide une laparotomie immédiate : la malade, dont l'état général est très mauvais, est cependant transportée à l'Infirmierie de Porte où elle est opérée sans tarder.

Intervention chirurgicale (Docteur Labry). — Dès l'ouverture de l'abdomen on trouve une certaine quantité de sang. On constate, en outre, une poche volumineuse fissurée à gauche, avec quelques cotylédons faisant hernie à travers la paroi. Cette poche a de nombreuses adhérences avec le côlon transverse et les anses intestinales. L'ablation en totalité de la poche est impossible. On procède à son ouverture et l'on extrait un fœtus qui est mort et sans macération avancée. On extrait une partie du placenta et, en raison des adhérences de l'autre portion avec la masse intestinale, on laisse le reliquat de la masse placentaire en place. On met un Mickulitz.

Mort de la malade six jours après. On ne peut faire l'autopsie, la famille ayant mis opposition.

CHAPITRE III

Etude critique

L'étude de ces deux observations démontre, une fois de plus, les difficultés très grandes de diagnostic de la grossesse extra-utérine au voisinage du terme. On confond cette éventualité, d'ailleurs rare, avec les nombreuses complications de la gestation, inhérentes soit à la grossesse elle-même, soit en relation plus ou moins directe avec elle.

Au sujet de notre première observation, la confusion, d'ailleurs fréquente, a été faite de la grossesse ectopique avec une occlusion intestinale aiguë que l'on rapportait, dans le cas particulier, à l'étranglement d'une anse de l'intestin grêle.

Dans le deuxième cas, le premier diagnostic porté fut celui d'une sacculaton du segment inférieur, développé particulièrement aux dépens de la paroi postérieure de ce dernier. Notons en passant que la situation longitudinale du fœtus, avec pôle céphalique situé en bas et même plongeant profondément dans l'exca-

vation, est une éventualité qui, à notre connaissance, a été rarement signalée.

C'est d'ailleurs à cause de cette erreur de diagnostic, qui détermina sous anesthésie générale des tentatives de réduction de cette sacculaton supposée, que l'on fut amené à faire un toucher intra-cervical un peu profond qui, à la deuxième tentative, rendit possible un toucher intra-utérin.

Nous voyons donc que, dans ces deux cas, c'est le toucher intra-utérin qui permit le diagnostic, car les autres procédés d'investigation clinique n'avaient absolument pas permis de supposer l'existence possible d'une grossesse ectopique.

Il est vrai que la rareté des gestations extra-utérines au voisinage du terme fait que, sauf exception, on songe rarement à leur éventualité. En effet, dans les deux observations que nous rapportons, à part la recherche intra-utérine qui permit de faire le diagnostic, quels éclaircissements furent donnés par les autres examens ?

D'abord les anamnestiques, ils étaient dans les deux cas ceux d'une grossesse particulièrement mal supportée et douloureuse, mais ils ne suffisaient pas, à eux seuls, à expliquer une grossesse tubaire. Notons cependant que, dans l'observation seconde, l'expérience du premier cas observé peu de temps auparavant fit envisager plus précocement l'hypothèse d'une gestation ectopique.

Le palper nous a donné peu de renseignements, car ces deux malades, tout au moins au cours de leur hospitalisation à la Clinique Obstétricale, présentaient

avant tout un abdomen dur, contracturé et il était impossible de déterminer avec précision les limites du fond utérin ou plus exactement du kyste fœtal non reconnu.

Quant à la perception du plus petit globe utérin vide, sa palpation était également gênée par la tension extrême des muscles abdominaux.

On pouvait fonder un espoir d'éclaircissement sur le toucher combiné au palper, en réalité il ne nous a pas donné plus de renseignements que le palper seul. Il permettait seulement de percevoir une attitude élevée en présentation transversale dans la première observation et, chez la seconde de nos malades, c'était la perception d'une tête plongeante distendant violemment la partie postérieure du segment inférieur. Mais en tout cas, il était absolument impossible de percevoir une masse utérine indépendante d'un gros kyste fœtal. Une impression très nette, bien qu'inexacte, se dégageant des premiers examens successifs auxquels furent soumis ces malades est celle d'une masse unique que l'on ne pouvait pas ne pas rapporter à l'utérus.

La superficialité possible de ces fœtus ectopiques ne fut pas observée dans nos deux cas.

De même la radiographie ne nous donna pas de renseignements très précis et n'attira pas spécialement l'attention sur la réalité d'une grossesse ectopique.

Les sensations douloureuses ressenties par les deux malades, avec symptôme d'occlusion chez la première d'entre elles, auraient pu faire penser à la grossesse

extra-utérine, car c'est le diagnostic le plus fréquemment discuté entre ces deux affections par la plupart des auteurs. La discussion de ces deux éventualités ne fut pas suffisamment précise cependant pour qu'on s'arrêtât d'une façon nette à ce qui devait être la réalité.

Nous ferons remarquer seulement que c'est au cours d'investigation sous anesthésie générale que l'on put pratiquer le toucher intra-utérin qui, seul, permit de faire le diagnostic.

Dans les deux cas cette exploration interne de l'utérus avait été commencée avec l'idée qu'il pouvait tout aussi bien s'agir d'une grossesse intra-utérine avec vice de position du fœtus ou malformation anatomique de l'appareil génital ne permettant pas un accouchement normal et dont il fallait se rendre compte.

Il apparaît d'ailleurs comme certain que, dans les cas douteux au voisinage du terme, cette exploration intra-utérine doit être pratiquée avec moins d'appréhension, dans les cas où la grossesse ectopique peut être supposée, car ses conséquences au point de vue fœtal sont limitées, étant donné que si l'enfant est intra-utérin sa viabilité pratique est suffisante.

Enfin, vu l'extrême gravité de cette complication, il vaut mieux courir quelque risque d'interruption un peu précoce d'une grossesse que de laisser la mère dans un état grave avec une affection dont le pronostic reste, malgré tout, redoutable.

L'étude de ces deux observations n'a que la valeur de cas isolés tendant à montrer l'extrême difficulté du diagnostic de la grossesse ectopique au voisinage

du terme, mais elles tendent à démontrer que, pour affirmer l'existence d'une gestation extra-utérine en cette période de la puerpéralité, il faut arriver à récolter tout un faisceau d'éléments cliniques qui arrivent à en faire admettre la possibilité. Si aucun de ces éléments n'est à lui seul assez fort pour entraîner la conviction, il ne faudra pas hésiter à pratiquer le toucher intra-utérin sous anesthésie générale, lequel établira d'une façon précise le diagnostic d'où découlera une thérapeutique chirurgicale opportune.

Conclusions

Les deux observations que nous rapportons tendent à démontrer, une fois de plus, l'extrême difficulté du diagnostic de la grossesse extra-utérine au voisinage du terme.

Pour en connaître la réalité il ne faut négliger aucun mode d'investigation clinique, car les cas d'espèce sont nombreux et tel symptôme absent ou presque chez une malade donnée peut, chez une autre, revêtir une grande valeur de diagnostic.

Il nous a semblé que les symptômes les plus importants étaient ceux tirés des anamnestiques, de l'élément douloureux constant et parfois paroxystique dominant toutes ces grossesses et qui doit faire penser à la possibilité d'une grossesse ectopique.

Les touchers répétés, la radiographie, le palper attentif seront soigneusement mis en œuvre, mais s'ils ne déterminent pas une conviction absolue, ils devront être suivis du toucher intra-utérin qui nous apparaît en dernière analyse, comme en dernier res-

sort, devoir être le seul élément qui peut permettre, d'une façon certaine, le diagnostic clinique et non opératoire d'une grossesse extra-utérine au voisinage du terme.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VORON.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 6 Janvier 1931

LE RECTEUR. PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- A. BRINDEAU. — Leçons du jeudi soir, à la Clinique Tarnier, 1926, page 1.
- P. JEANNIN. — *Journal des Praticiens*, 19 mars 1926.
- HÉBERT. — *Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, juillet 1930.
- ALBERTIN. — *Lyon Médical*, 1903.
- PLAUCHU. — *Bulletin Société Obstétrique*, 1912.
- VIOLET. — *Lyon Médical*, 1926.
- DUJOL. — *Bulletin Société Obstétrique*, 1930.
- TRAVERSON (M^{lle}). — *Thèse*, Paris, 1917.
- DELCAMP. — *Thèse*, Paris, 1918.
- BURONNET. — *Thèse*, Bordeaux, 1921.
- GUERNEUR. — *Thèse*, Bordeaux, 1923.
- JOLLEY. — *Thèse*, Bordeaux, 1925.
- LAVERGNE. — *Thèse*, Bordeaux, 1925.
- PALLIEZ. — *Thèse*, Lille, 1927.
- COURTOIS. — *Thèse*, Paris, 1928.
- LOUIS V.-C. — *Thèse*, Paris, 1928.
- LE BONNIEC. — *Thèse*, Paris, 1929.
- GIGNOUX. — *Thèse*, Lyon, 1924.
- CAROSIN. — *Thèse*, Montpellier, 1915.

- PELLET. — *Thèse*, Paris, 1908.
CHARTEUX. — *Thèse*, Paris, 1928.
BARNET. — *Thèse*, Paris, 1927.
GARAND. — *Thèse*, Montpellier, 1909.
CASTANG. — *Thèse*, Paris, 1911.
FESQ. — *Thèse*, Paris, 1911.
HABAULT. — *Thèse*, Paris, 1910.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	11
<i>Chapitre Premier.</i> — Etude, Diagnostic.....	13
<i>Chapitre II.</i> — Observations.....	21
<i>Chapitre III.</i> — Etude critique	31
Conclusions.....	37
Bibliographie.....	39



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



